1888
Lane Medical Library

Anwendung des extraperitonealen Explorativschnittes in drei Fällen von fraglichen Gallensteinen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät der Georg-Augusts-Universität zu Göttingen

von

H. Strohe,

Volontärarzt am Bürgerhospital zu Köln.

Göttingen 1888.

Druck der Dieterich'schen Universitäts-Buchdruckerei.

(W. Fr. Kästner.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0341

Gegenüber der schon von J. L. Petit geübten Cholecystotomie, der Aufschneidung der Gallenblase, hat im Jahre 1882 zuerst Langenbuch die Cholecystektomie, die Exstirpation der Gallenblase, empfohlen und ausgeführt.

Bei der Erwägung, welche von beiden Methoden vorkommenden Falls zu wählen sei, hat der zuletzt genannte Autor sich dahin entschieden, dass seine Operation — die Cholecystektomie — bei weitem die ungefährlichere sei.

Ich glaube annehmen zu dürfen, dass diese Auffassung Langenbuch's nicht von allen Chirurgen geteilt wird, und in seiner 1885 erschienenen Arbeit [1]) tritt Dr. med. Stauff, damaliger Assistent von Prof. Dr. Bardenheuer entschieden für die Berechtigung wie geringere Gefährlichkeit der einfachen Eröffnung der Gallenblase ein.

Die von Stauff gegen das Langenbuch'sche Verfahren angeführten Bedenken sind kurz folgende: Ausgedehnte Eröffnung der Peritonealhöhle, Prolaps bezw. Bloslegung grosser Darmpartien und die infolge der längeren Manipulation eintretende starke mechanische Reizung der Bauchhöhle. Ferner die Schwierigkeit der Ablösung der Gallenblase bei etwaigen Verwachsungen mit der Leber etc. und der zu befürchtende Austritt von Galle in das Peritonealcavum bei Durchschneidung des

1) Michael Stauff. Ist die Exstirpation der Gallenblase nach Langenbuch in Wirklichkeit die ungefährlichste der Laparotomien? Inaug.-Diss. 1885. Köln. Alb. Ahn.

ductus cysticus, oder endlich das Abgleiten der Ligatur bezw. Abfallen des abgebundenen nekrotisirten Endes des ductus cysticus vor völliger Obliteration mit folgendem Gallenerguss in die Bauchhöhle, den Langenbuch selbst bei einer ulcerativen Perforation erlebte [1]).

Stauff kommt somit zu dem Schlusse, dass die Annähung der Gallenblase an die vordere Bauchwand mit folgender Incision der Exstirpation der Blase vorzuziehen sei. Hierbei ist aber nothwendige Bedingung, dass die Gallenblase eine gewisse Grösse hat, die wohl auch fast immer vorhanden ist, da in den meisten Fällen, die ein operatives Einschreiten an der Gallenblase nöthig erscheinen lassen, die letztere als Geschwulst imponirt.

Dieser einfachen Eröffnung und Ausräumung der Gallenblase huldigt auch noch Prof. Bardenheuer, und er hat in letzter Zeit mehrere Cholecystotomien gemacht nach einer Methode, bei der die Grösse der Gallenblase nicht mehr ins Gewicht fällt, anderseits aber vorzüglich für solche Fälle ersonnen ist, bei denen auch mit Zuhülfenahme aller physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden die Diagnose nicht sicher zu stellen ist. Die bestimmte Diagnose einer Gallenblasenaffektion kann bekanntlich sehr erschwert, ja unmöglich sein. In dem rechten Hypochondrium, wo Leber, Gallenblase, Pankreaskopf, Duodenum, Nieren und Nebennieren, Coecum, Colon ascendens und die flexura coli dextra enge zusammen liegen und sich berühren, lässt uns die Percussion im Stiche, da die Dämpfungsgrenzen der einzelnen Organe bezw. ihrer Geschwülste ineinander verschwimmen. Die Palpation hilft oft auch nicht viel, da besonders bei

---

1) Langenbuch. Einiges über Operationen am Gallensystem. Berl. klin. Wochenschr. 1884. No. 51.

fettleibigen Personen die dicke Abdominalwand eine genaue Untersuchung hindert, und selbst die ausgiebigste Chloroformnarkose nicht zum gewünschten Ziele führt. Diese Schwierigkeit, die Diagnose zu sichern, hat zu der jetzt wohl mehr und mehr verlassenen Probepunktion und zu dem in unserem antiseptischen Zeitalter nicht mehr zu verwerfenden intraperitonealen Probeschnitt geführt. Doch auch dieser bietet eine klare Diagnose nur dann, wenn er gross ist und einen grösseren Theil der Bauchhöhle abzutasten gestattet. Mit der umfangreichen Eröffnung des Peritoneums steigt aber auch die Gefahr einer Infektion. Diese Gefahr wie die eingetretenen unglücklichen Folgen waren mit die Veranlassung zu der neuen Methode — dem extraperitonealen Explorativschnitt — der absolut ungefährlich ist, die genaue Palpation sämmtlicher Organe ermöglicht und ohne Schwierigkeit den Anschluss der betreffenden Operation gestattet. In den noch zu erwähnenden Fällen wurde dieser Schnitt angewendet. Des Näheren auf die Entstehung, Begründung, Führung und Leistung desselben hier einzugehen, würde zu weit führen; es sei deshalb auf die Publikation von Bardenheuer verwiesen: „Der extraperitoneale Explorativschnitt.“ Stuttgart, Ferd. Enke. 1887.

Ich wende mich nun zu der Mitteilung der Fälle.

I. Fall.

Anamnese: Frau Margaretha Hartmann, 30 Jahr alt, früher blühend und kräftig, hat in ihrer zwölfjährigen Ehe neunmal geboren, zuletzt vor 22 Monaten. Bis vor 2 Jahren ist Patientin stets ganz wohl gewesen; von da an hat sie anfangs leichte, aber bald an Intensität zunehmende Schmerzen in der Lebergegend verspürt. Die Schmerzen waren nicht anhaltend, sondern stellten sich

anfallsweise ein und erreichten bisweilen eine ungeheure Heftigkeit; sie erstreckten sich über die Lebergegend, strahlten aus bis in die linke Schulter und wiederholten sich bisweilen mehrmals am Tage. Seit dieser Zeit leidet Patientin auch an Erbrechen; in den letzten 14 Tagen will sie Gallensteine erbrochen haben. Die Schmerzen schlossen sich nicht an die Mahlzeit an. In den schmerzfreien Intervallen ist der Appetit gut.

Status vom 17. Februar 1888:

Patientin ist sehr mager, verfallen; die Haut ist intensiv ikterisch verfärbt. Es besteht starkes Hautjucken. Im Urin ist Gallenfarbstoff chemisch nur in geringer Menge nachzuweisen. Der Stuhl hat normale Farbe. Seit 12 Stunden besteht eine heftige Schmerzhaftigkeit im ganzen Abdomen, welche bei Druck in der Lebergegend sehr unbedeutend zunimmt. Die Bauchdecken sind eingezogen und krampfhaft gespannt. Die Extremitäten fühlen sich kühl an; Puls klein und frequent, 124 in der Minute. Wie lange die Gelbsucht besteht, vermag Patientin nicht genau anzugeben.

Die Leberdämpfung ist stark vergrössert in Breite, Höhe und Tiefe. Die Dämpfung zeigt indes ganz die Configuration der Leber. Eine elastische, in die Leberdämpfung übergehende, etwa der vergrösserten Gallenblase entsprechende Geschwulst war nicht zu entdecken. Die Untersuchung des Stuhles auf Gallensteine hatte ein negatives Resultat.

Die erwähnte, schon seit 14 Tagen bestehende fortschreitende Abmagerung forderte gebieterisch ein Einschreiten gegen das Leiden, wollte man nicht die Patientin an Kräfteverfall zu Grunde gehen lassen. Dass der Eingriff ein operativer sein musste, war klar; jedoch war zuvor geboten, die Diagnose sicherzustellen. Diese konnte

schwanken zwischen Hydrops vesicae felleae, Einklemmung eines Steines in den ductus cysticus, choledochus oder hepaticus. Es war auch zu denken an ein Carcinom des Duodenums, des Pylorus oder Pankreaskopfes, an eine Entzündung der porta hepatis oder endlich an eine primäre Lebergeschwulst: Carcinom, Sarkom oder Syphilis.

Gegen die Verlegung des ductus choledochus sprach das Fehlen der birnförmig aufgetriebenen Gallenblase. Dafür die ikterische Hautverfärbung, der rasche Zerfall der Kräfte, die starke Abmagerung, das bestehende Hautjucken und die kolikartigen Schmerzen in der Lebergegend. Das Fehlen der Gallenblasengeschwulst hätte man sich mit Ueberlagerung der Gallenblase durch die stark vergrösserte Leber erklären können. Demgegenüber musste aber wieder auffallen, dass mit Ausnahme des Ikterus die Erscheinungen der Gallenstauung keineswegs prägnant waren, da der Stuhl von normaler Farbe war und im Urin sich wenig Gallenfarbstoff fand. Die Diagnose eines einfachen Hydrops vesicae felleae erschütterte wieder der starke Ikterus und der Kräfteverfall. Eine Obstruction des ductus hepaticus oder cysticus unterstützte das Fehlen des Gallenblasentumors und der Ikterus; doch konnte, wie gesagt, die Leberschwellung den Tumor verdecken. Kurz eine genaue Diagnose war unmöglich. Der Explorativschnitt sollte dieselbe klarstellen und zugleich eine günstige Vorarbeit sein für die eventuell daran anzuschliessende Operation.

Am 3. März 1888 wurde bei der Patientin der sogenannte Thürflügelschnitt [1]) angelegt. Dieser besteht aus einem vertikalen Längsschnitte, dem Lumbalschnitte,

---

1) Bardenheuer. Der extraperitoneale Explorativschnitt. Stuttgart bei Ferd. Enke 1887. pag. 30.

welcher vom medialen Ende der elften Rippe beginnt und bis zur Mitte der Crista ilii reicht; ferner aus zwei horizontalen Querschnitten, welche entlang der Rippe — Costalschnitt — bezw. der Crista ilii — Ilialcalschnitt — sowohl nach vorn wie hinten verlaufen, so dass der ganze Schnitt die Form eines liegenden römischen ⋿ hat. Die vorderen Abschnitte des Costal- und Iliacalschnittes waren im concreten Falle kurz. Die Schnitte durchtrennen Haut, Muskeln und Fascien bis auf das Peritoneum, und die Hautmuskellappen werden nach beiden Seiten umgeklappt. Hierdurch wurde die Vorderfläche der Niere blosgelegt; dann das hintere Peritonealblatt bis über die Mitte der Wirbelsäule hinaus, nach unten bis zur crista ilii, nach oben bis zum stumpfen Rande der Leber abgelöst, so dass durch das Peritoneum hin die hintere Fläche der Leber abpalpiert werden konnte. Neben einer Vergrösserung der Niere konnte eine Verwachsung des hinteren Peritonealblattes mit der Leber constatiert werden. Zur weiteren Inspektion bezw. Palpation der Leber wurde von der vorderen Bauchwand das Peritoneum etwa einen Zoll weit abgelöst. So sah man die Leber bei der Athmung auf- und absteigen, sie war von intensiver gelbbrauner Färbung, und sogar die Leberläppchen waren diaperitoneal zu erkennen. Die Palpation ergab: Stark aber gleichmässig unter Wahrung der normalen Form vergrösserte Leber; vorderer Rand abgestumpft und verdickt; glatte Oberfläche ohne Knoten, so dass Carcinom, Syphilis etc. ausgeschlossen werden musste. Man konnte so etwa zwei Drittel der ganzen Breite der unteren Leberoberfläche abpalpieren, ohne anfänglich die Gallenblase zu entdecken. Zwar war am vorderen Leberrand scharf abgegrenzt die Incisura vesicalis zu fühlen, aber nichts von der Gallenblasenkuppel; in der fossa transversa fühlte man genau

haselnussgrosse, bewegliche Drüsen; in der Verlängerung der incisura vesicalis nach hinten, in der fossa pro vesica fellea war, ein reichlich daumendicker Strang zu fühlen, der der Oertlichkeit nach als Gallenblase angesprochen werden musste. Verband man mit dieser letzten Untersuchung einen Druck auf die vordere Abdominalwand, so konnte man zwischen den Fingern deutlich eine grosse Anzahl von Steinen, die bei Druck ein charakteristisches Reiben hervorriefen, unterscheiden. Von dem vorderen Rande der stark vergrösserten Leber war der Fundus der Gallenblase noch ca. 4 cm entfernt.

Somit war die Diagnose klargestellt insofern, dass es sich um Gallensteine in einer verödeten Gallenblase handelte mit ausgedehnter Entzündung um dieselbe herum.

Zu lösen war noch die Frage, ob einer oder mehrere ductus obturiert waren. Die stark geschrumpfte Gallenblase schloss eine Verlegung des ductus choledochus aus. Der ductus cysticus konnte aber zu gleicher Zeit mitverlegt sein, und es brauchte somit in der Blase keine Gallenstauung stattzuhaben. Die genauere Palpation ergab, dass der ductus cysticus sich als ein etwa bleistiftdicker, von Entzündungsschwarten umgebener Strang anfühlte, in dem ein eingeklemmter Stein deutlich nachweisbar war. Hinter dem Steine zeigte der cysticus, wie überhaupt der choledochus normale Verhältnisse. Wäre im choledochus irgend eine Verstopfung gewesen, so hätte man hinter derselben eine Auftreibung fühlen müssen. An beiden ductus hepatici war ebenfalls nichts zu entdecken. Der Kopf des Pankreas war nicht vergrössert.

Mit Recht wurde also geschlossen, dass sowohl der ductus hepaticus wie choledochus wegsam sei, und die in der porta hepatis sich findende Pericystitis konnte nur ihre Erklärung in der Einklemmung des Steines in den

cysticus finden. Bei dem vorhandenen Ikterus und der starken Leberschwellung musste man annehmen, dass diese Entzündung, die sich besonders in dem medialen Theile der Porta bemerklich machte, theilweise die ductus hepatici okkludierte.

Bisher hatte die extraperitoneale Untersuchung festgestellt, dass sich sowohl Gallensteine in der Blase befanden als auch einer im ductus cysticus eingeklemmt war. Die folgerichtige Therapie war die Entfernung der Steine. Man entschloss sich bei der Wahl zwischen Excision und Incision für das letztere aus noch später anzuführenden Gründen. Und auch hierbei hätte man bei der sehr wahrscheinlich bestehenden Verlötung der beiden Peritonealblätter die Gallenblase direkt incidieren können; aber um absolut sicher zu gehen, wurde mit 4 Ligaturen die Gallenblase an das Peritonealblatt geheftet, so dass ein oblonges Viereck von 2 cm Länge und 1 cm Breite umfasst war. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. Antiseptischer Verband.

Der Wundverlauf war ein guter, fieberloser. Leider hatte Patientin einen Abort durchzumachen, wodurch sie viel Blut verlor. Denn am 9. März, gerade an dem Tage, wo zur zweiten Operation geschritten werden sollte, stellte sich eine heftige Uterusblutung ein, und am 13. März entfernte Herr Dr. Kempermann ein etwa dreimonatliches Ei.

So konnte erst am 21. März zum zweiten Theil der Operation geschritten werden. Die Gallenblase wurde zwischen den Ligaturen incidirt, die Steine aus derselben wie der aus dem ductus cysticus leicht entfernt. Nach Eröffnung der Gallenblase fiel eine gangartige Erweiterung derselben auf, die sich medial nach vorn zum Pylorus hin erstreckte. Dieser Befund, zusammengehalten mit

der bestimmten Behauptung der Patientin, Gallensteine erbrochen zu haben, gab der Vermutung Raum, dass eine Communication der Gallenblase mit dem Magen stattgefunden habe.

Der Wundverlauf war ein ungestörter, die ikterische Verfärbung verlor sich zusehends, bis sie nach etwa 14 Tagen vollständig verschwunden war. Die Kräfte der Frau hoben sich auffallend, da ihr früherer Appetit nicht nur wiederkehrte, sondern sich noch in erhöhtem Masse einstellte. Die Frau, welche wie ihre Umgebung schon an ihrem Aufkommen verzweifelt hatte, konnte Ende April ihrem gerade nicht rosigen Hauswesen wieder vollkommen vorstehen. Nur blieb noch lange eine kleine Fistel an der Operationsstelle zurück, aus der helle, klare Flüssigkeit in mässiger Menge ausquoll. Derentwegen unterlag Patientin bis Ende August der ambulanten Behandlung, zu welcher Zeit die Fistel sich schloss. Dieses Zurückbleiben einer Gallenfistel nennt Langenbuch[1]) einen „unangenehm in die Wagschale fallenden Uebelstand“ und zwar gerade deshalb, weil man die Zeitdauer nie bestimmen und ihr Bestehen sich Monate, ja Jahre lang hinziehen könne[2]).

Wenn nun auch keineswegs geleugnet werden soll, dass Fälle, wie der letztere vorkommen, so muss aber doch zugegeben werden, dass dieselben äusserst selten sind. Unter den im hiesigen Bürgerhospital vor dem mitgetheilten Fall zur Ausführung gekommenen Cholelithotomieen hat eine Fistel nie länger wie 4 Monate be-

---

1) Langenbuch, l. c. No. 52.

2) Schüppel. Die Krankheiten der Gallenwege und der Pfortader. Handbuch der spez. Pathologie und Therapie von Ziemssen. 1884. Bd. VIII. 1. Hälfte 2. Abth. pag. 212 u. 213.

standen, meistens viel kürzere Zeit. Ein ferneres sehr ungünstiges Moment soll bei der bestehenden Gallenfistel in der Beeinträchtigung der Verdauung liegen, der ein auf die Dauer immer unentbehrlicheres Agens entzogen würde. Ueber die verdauende Thätigkeit der Galle bezw. über ihre Nothwendigkeit bei der Verdauung schweben noch manche Controversen. Ich für meine Person halte die Galle wie den Harn für ein Excret, das aus dem Körper weggeschafft werden muss, das aber auf diesem Wege noch manche nützliche Dienste dem Organismus leistet. So hilft sie ohne Zweifel zur leichteren Emulsion und Resorption der Fette mit, wie sie anregend auf die Darmperistaltik und dadurch antiseptisch auf die faeces wirkt. Doch unbedingt nothwendig zur Verdauung ist sie nicht. Der Embryo sondert schon Galle ab und zwar reichlich. Wozu? wenn die Galle bei der Verdauung vorzüglich in Anschlag käme, da der Embryo einerseits nicht verdaut, anderseits thatsächlich die übrigen Verdauungssäfte nicht fabriziert werden. Dass er aber ein Excret wegschafft, das giftig wirken kann, erklärt sich leicht. Ferner ist durch Experimente an Hunden zur Genüge gezeigt, dass diese die Galle entbehren können, wenn man ihnen mehr Nahrung und besonders Kohlehydrate zuführt. Der analoge Zustand beim Menschen erklärt dann wohl die schon oft beobachtete Wiederkehr eines erhöhten Appetits, wie auch in unserm Falle bei der Cholelithotomie mit Zurückbleiben einer Fistel.

Nach diesen Ausführungen wie aus dem Umstande, dass bei einer bestehenden Gallenfistel doch noch immer ein gut Theil Galle den Darm passiert, ist nicht wohl einzusehen, wie der temporäre Bestand einer solchen Fistel als ein grosser Nachteil anzusehen ist, zumal, wenn man diesen in den Kauf nimmt, man eine Operationsmethode

wählen kann, die sowohl vollständig ungefährlich ist wie auch an den einmal normaliter geschaffenen Einrichtungen nichts ändert.

Ich glaube hier die Gründe kurz nachholen zu dürfen, weshalb im hiesigen Bürgerhospital die Incision der Excision vorgezogen wird. Der von Prof. Bardenheuer angewendete Explorativschnitt hat neben seinem Hauptzweck, der präcisen Sicherstellung der Diagnose, den nicht zu unterschätzenden Vorteil, an den Schnitt die eventuelle Operation sofort anzuschliessen und ferner diese möglichst ohne Eröffnung des Peritoneums zu vollführen. Im vorliegenden Falle geschah die Ausleerung ohne die geringste Eröffnung der Bauchhöhle; es waren somit die Gefahren, welche auch heute noch bei einer solchen Manipulation drohen, vollkommen ausgeschlossen. Die Operation ist also an und für sich harmlos. Ferner wird das Individuum, wenn nach Langenbuch operirt wird, eines natürlichen Reservoirs beraubt, das, wenn es auch bei einigen Tiergattungen fehlt und wir bis jetzt seinen Zweck nicht genau kennen, sicher nicht ohne jede Absicht im Haushalte der Natur eingerichtet ist. Auch zugegeben, dass in der Gallenblase selbst das primum movens zur Steinbildung liege, so kann mir dennoch der lakonische Schluss Langenbuch's ohne Weiteres nicht einleuchten: „Ohne Gallenblase keine Gallensteine, also fort mit einer steinbildenden und zudem noch zu entbehrenden Blase.“ Sicher ist ein Versuch mit der Cholecystotomie berechtigt. Denn wenn wie im vorliegenden Falle operirt wird, d. h. die Gallenblase durch einen Schnitt von ca. 2 cm eröffnet wird, so kann die Gefahr des Zurückbleibens von Gallensteinen nicht allzu gross sein, auch wenn sie in etwaigen Buchten versteckt liegen. Zur gründlichen Entleerung der Gallenblase wurden Aus-

spülungen angewendet, die die etwa noch zurückgebliebenen Steine lockern bezw. ausspülen sollten, und so fand man in dem gleich noch anzuführenden Falle eine grössere Anzahl Steine beim zweiten Verbandswechsel. Aber auch bei vollkommener Ausräumung der Blase und Verschluss der Fistel fürchtet Theoph. Roth[1]) noch immer die Neubildung der Steine. Er sagt: „Wir haben — nach der Cholelithotomie — dieselben Verhältnisse wie früher, dieselbe Gallenblase, dieselbe Schleimhaut, dieselbe Galle, dasselbe Individuum. Die Neubildung der Steine ist zum mindesten wahrscheinlich. Wohl liegen noch keine derartigen Publikationen vor, aber die Gallensteine brauchen lange Zeit zu ihrer Entwicklung, wenigstens bis sie deutliche Symptome erzeugen. Das spricht gewiss nicht gegen unsere Ansicht."

Demgegenüber ist zu bemerken, dass die Möglichkeit eines Recidivs gewiss nicht abzustreiten ist, die Wahrscheinlichkeit wohl. Denn das bisherige Fehlen von Veröffentlichungen solcher Fälle bei der doch schon respektablen Zahl von Cholecystotomieen, wie auch der Umstand, dass hier bei Patienten, die vor 8—10 Jahren operiert sind, keine Recidive sich eingestellt haben, sprechen gewiss nicht für die allzu grosse Häufigkeit der letzteren. Im Gegenteil glaube ich mich vollständig der von Stauff vertretenen Ansicht anschliessen zu müssen, dass die Entfernung der Steine, das lange Offenhalten der Fistel, die häufige Ausspülung der Blase gerade so wie bei der Harnblase die Sekretion der Gallenschleimhaut umstimmen, deren Beschaffenheit bessern könne, so dass sie vielleicht auch ihre steinbildende Eigenschaft einbüsse.

---

1) Theoph. Roth. Zur Chirurgie der Gallenwege. Archiv für klin. Chirurgie. Band XXII pag. 151.

Der zweite Fall betrifft eine 31 Jahre alte Frau K. aus Elberfeld, welche unter ähnlichen Erscheinungen wie die eben erwähnte Frau zur Behandlung kam. Am 2. Mai d. J. wurde der vordere Thürflügelschnitt angelegt. Es fanden sich in der Umgebung der Gallenblase leichte Verwachsungen, die aber die Freilegung der Blase nicht sehr hinderten. Diese wurde vorgezogen und mit vier Seidennähten mit dem Peritoneum vernäht, die Wunde mit Jodoformgaze ausgestopft und antiseptisch verbunden. Die Temperatur, welche anfänglich bis 38,6 steigt, kehrt allmählich zur Norm zurück. Am 10. Mai Verbandwechsel. Alle Seidennähte haben durchgeschnitten, die Gallenblase hat sich zurückgezogen, die Wunde ist überall mit frischen Granulationen bedeckt.

12. Mai. Bei dem erneuten Aufsuchen der Gallenblase reisst das Peritoneum in einer Länge von ca. 3 cm ein. Naht desselben mit drei Seidenfäden. Mit einem quer durch die Gallenblase geführten Faden wird dieselbe vorgezogen und nochmals an das Peritoneum geheftet.

Bei dem acht Tage darauf erfolgenden Verbandswechsel ist der Scheitel der Blase in der Tiefe der Wunde gut sichtbar.

25. Mai. Eröffnung der Gallenblase, Entleerung von 40 Gallensteinen von ziemlich gleicher Grösse, klein, von sehr leichtem spez. Gewicht. Ausspülung; Verband.

29. Mai. Verbandswechsel. In der Wunde finden sich noch 10 Gallensteine, denen am 5. Juni sich noch einer anschliesst.

11. Juni. Die Wunde ist schon über die Hälfte geschlossen.

Die Patientin wurde dann nach 14 Tagen aus dem Privatkrankenhause, in dem sie sich befand, mit einer

sehr kleinen Fistel, die gar keine Beschwerden machte, auf ihren Wunsch in ihre Heimat entlassen.

Der dritte operirte Fall betrifft eine 36jährige Frau, die nie ikterisch gewesen sein will, aber über heftige Schmerzen in der Lebergegend klagt und in der letzten Zeit stark heruntergekommen ist.

Eine bestimmte Diagnose war auch hier nicht zu stellen, und auf Anrathen Prof. Bardenheuer's entschloss Patientin sich zum Explorativschnitt. Es wurde die Diagnose: „Gallensteine mit Gallenblasentumor" festgestellt. Bei diesem Falle wurde das Peritoneum sofort eröffnet und die Gallenblase in die Oeffnung eingenäht, aber so, dass die Fäden nicht die ganze Dicke der Gallenblase durchbohrten, was bei der diaperitonealen Annähung nicht immer zu vermeiden ist. Ein Austreten von Galle durch solche Stichöffnungen könnte aber immerhin eine Gefahr der Peritonitis im Gefolge haben. Am 25. September, 8 Tage später, wurde die Blase incidirt und die Steine entleert.

Bei der Mittheilung der Fälle bin ich mir wohl bewusst, dass sich über die neue Art der Operation noch kein abgeschlossenes Urteil bilden lässt, da einerseits die Zahl der auf diese Weise Operierten noch zu klein, anderseits die spätere Zeit noch zeigen muss, ob der Erfolg ein dauernder ist. Soviel scheint mir aber unstreitig festzustehen, dass in diagnostischer Hinsicht bei zweifelhaften Fällen der angewandte Explorativschnitt von unschätzbarem Werte ist. Von Witzel[1]) ist ein Fall mitgeteilt worden, bei dem aus dem Grunde, weil sich zwischen Leber- und Geschwulstdämpfung eine dreifinger-

1) Witzel. Beiträge zur Chirurgie der Bauchorgane. Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. XXI. 1885.

breite, helle, tympanitische Zone fand, die Geschwulst selbst sehr gross und beweglich war, die Vermutung einer Gallenblasenektasie, die dem Operateur vorschwebte, wieder fallen gelassen und an eine cystische aber solide, weiche Netzgeschwulst gedacht wurde.

Die später vorgenommene Laparotomie zeigte, dass der erste Gedanke, Gallenblasenektasie, der richtige war. Nach der Entleerung der Blase von Flüssigkeit und vielen Steinen erholte sich die Patientin dennoch nicht, sie ging drei Monate später an progressiver Kachexie zu Grunde, ein Umstand, der, wenn auch keine Sektion gemacht worden ist, das Vorhandensein eines Carcinoms sehr wahrscheinlich macht. Dieses wäre ein Fall für den Bardenheuer'schen Explorativschnitt gewesen, durch den die Diagnose leicht zu stellen gewesen wäre. Auch der eventuelle Krebs wäre der diaperitonealen Untersuchung nicht entgangen, und wenn man unter diesen Umständen nicht hätte operiren wollen, kam nur eine wenn auch grosse Hautmuskelwunde in Betracht, die unter heutigen Voraussetzungen gewiss keine Gefahr mehr bietet.

In einem anderen von Lawson Tait mitgetheilten Falle schwankt die Diagnose ebenfalls zwischen Wanderniere, Tumor des Pankreaskopfes und Gallenblasentumor. Es bewahrheitete sich das letztere. Lawson Tait[1]) glaubt nicht, dass vor der Operation eine exakte Diagnose zu stellen gewesen wäre, da Gallensteinsymptome ganz gefehlt hätten, wobei er aber von einem früher einmal vorhanden gewesenen Ikterus nichts erfahren hatte.

---

1) Lawson Tait. Case of Cholecystotomy, performed for dropsy of gallbladder, due to impaction of a gallstone. Medical Times and Gazette. 1879. II. 594 u. Brit. Med.-Journal. 1879. II. 778.

Er machte die Explorativincision, die ich nicht mehr zur Eruierung der Diagnose für berechtigt halte, da uns in dem extraperitonealen Explorativschnitt ein gewiss ebenso sicheres, aber bei weitem ungefährlicheres Mittel an die Hand gegeben ist.

Zugleich gestattet er in seinem Bezirk ohne Zwang den Anschluss jeder Operation, mag man speciell in unseren Fällen die Entleerung der Gallenblase beabsichtigen, oder will man radikal vorgehen und wie Langenbuch zur Exstirpation der Gallenblase schreiten.

Zum Schlusse möchte ich nicht unterlassen, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Bardenheuer, für die gütige Ueberlassung der Fälle auch an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.